# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

# THESE

N° .....

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

# SYNDROME CHORÉÏQUE

## PENDANT LA GESTATION

PAR

ALLARD MARCEL

Né à Sablé (Sarthe), le 30 Novembre 1894
Ancien Externe des Hôpitaux d'Angers
Ancien Interne des Hôpitaux du Mans
Moniteur d'Obstétrique à la Maternité Baudelocque
Moniteur de Manœuvres Obstétricales à la Faculté de Médecine
Croix de Guerre

---

*Président :* M. COUVELAIRE, *Professeur*

---

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1921

# Faculté de Médecine de Paris

| | |
|---|---|
| **DOYEN** | M. ROGER |
| **PROFESSEURS** | MM. |
| Anatomie | NICOLAS |
| Anatomie médico-chirurgicale | CUNEO |
| Physiologie | CH. RICHET |
| Physique médicale | André BROCA. |
| Chimie organique et chimie générale | DESGREZ |
| Bactériologie | BEZANÇON |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BRUMPT |
| Pathologie et Thérapeutique générale | MARCEL LABBÉ |
| Pathologie médicale | RÉNON |
| Pathologie chirurgicale | LECÈNE. |
| Anatomie pathologique | LETULLE |
| Histologie | PRENANT |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET |
| Thérapeutique | CARNOT |
| Hygiène | LÉON BERNARD |
| Médecine légale | BALTHAZARD |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | MENETRIER |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER |
| Clinique médicale | ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD |
| Hygiène et clinique de la 1re enfance | MARFAN |
| Clinique des maladies des enfants | NOBECOURT |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | DUPRÉ |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | JEANSELME |
| Clinique des maladies du système nerveux | PIERRE MARIE |
| Clinique des maladies contagieuses | TEISSIER |
| Clinique chirurgicale | DELBET, LEJARS, HARTMANN, GOSSET |
| Clinique ophtalmologique | DE LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | LEGUEU |
| Clinique d'accouchement | BAR, COUVELAIRE, BRINDEAU |
| Clinique gynécologique | J. L. FAURE |
| Clinique chirurgicale infantile | AUGUSTE BROCA |
| Clinique thérapeutique | VAQUEZ |
| Clinique oto-rhino-laryngologique | SEBILEAU |
| Clinique thérapeutique chirurgicale | DUVAL |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

| | | | |
|---|---|---|---|
| ABRAMI | DUVOIR | LARDENNOIS | RATHERY |
| ALGLAVE | FIESSINGER | LE LORIER | RETTERER |
| BASSET | GARNIER | LEMIERRE | RIBIERRE |
| BAUDOIN | GOUGEROT | LEQUEUX | RICHAUD |
| BLANCHETIÈRE | GRÉGOIRE | LEREBOULLET | ROUSSY |
| BRANCA | GUENIOT | LERI | ROUVIÈRE |
| CAMUS | GUILLAIN | LÉVY-SOLAL | SCHWARTZ (A) |
| CHAMPY | GUILLEMINOT | MATHIEU | TANON |
| CHEVASSU | HEITZ-BOYER | METZGER | TERRIEN |
| CHIRAY | JOYEUX | MOCQUOT | TIFFENEAU |
| CLERC | LABBE (HENRI) | MULON | VILLARET |
| DEBRÉ | LAIGNEL-LAVASTINE | OKINCZYC | |
| DESMARET | LANGLOIS | PHILIBERT | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation*

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES BEAUX-PARENTS

A MON FRÈRE

A MA BELLE-SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR DESGREZ

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Faible hommage de notre reconnaissance. Il a bien voulu étendre jusqu'à nous l'amitié ancienne qui le liait à notre nouvelle famille. Nous n'oublierons jamais l'appui et les conseils affectueux qu'il n'a cessé de nous prodiguer et le prions de croire à notre respectueuse gratitude.*

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur COUVELAIRE

Professeur de clinique obstétricale a la
Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de guerre

*En le remerciant du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse et en l'assurant de notre profonde reconnaissance et de notre respectueux attachement.*

## Avant-Propos

Au terme de nos études, c'est pour nous un devoir bien agréable, que de remercier ici les maîtres qui nous ont donné leur enseignement et guidé de leurs conseils.

Nos remerciements vont d'abord à nos premiers maîtres : M. le Dr Monprofit, professeur de clinique chirurgicale, et M. le Dr Thibaut, professeur de clinique médicale, à l'Ecole de Médecine d'Angers, dont nous avons eu l'honneur et l'avantage d'être l'externe : M. le Dr Boquel, professeur de clinique obstétricale et directeur de l'Ecole de Médecine d'Angers, pour l'accueil si bienveillant qu'il nous a réservé dans son service de la Maternité, à notre retour des armées.

Que M. le Dr Delagénière, chirurgien des hôpitaux du Mans, dont nous avons eu l'honneur et la bonne fortune d'être l'interne, pendant près d'une année, trouve également ici l'expression de notre reconnaissance.

Nous remercions tout particulièrement notre maître, M. le Professeur Couvelaire, qui, depuis le jour où il nous a permis de suivre son service, n'a cessé de nous témoigner sa bienveillance et sa sollicitude, et nous a donné de si nombreuses preuves d'intérêt.

En nous nommant moniteur, il nous a permis de profiter pleinement de son enseignement si précis et si clair. Il a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse, qu'il nous fait aujourd'hui l'honneur de présider, après nous avoir guidé dans notre travail.

Qu'il nous permette de lui dire ici toute notre profonde et très respectueuse reconnaissance.

Nous n'oublions pas non plus M. le Professeur agrégé Lévy-Solal, M. le Dr Vignes, accoucheur des hôpitaux, M. le Dr Eudes, ancien chef de clinique, qui nous ont prodigué leurs conseils et leurs leçons, et nous ont donné tant de preuves de sympathie. Qu'ils soient assurés de notre respectueuse gratitude.

Nous sommes heureux de pouvoir dire ici, à M. le Dr Cleisz, chef de clinique, notre reconnaissance. Il a bien voulu nous honorer de son amitié, et nous faire profiter, dans des entretiens journaliers, de sa science et de ses connaissances cliniques.

Nous le remercions de l'aide qu'il nous a apportée dans la rédaction de ce travail, et le prions de croire à notre respectueux et affectueux dévouement.

Nous voulons aussi remercier notre maître et ami, le Dr Sellet, chef de clinique, et l'assurer de notre profonde amitié. Son dévouement et sa sollicitude sans limites, à notre égard, nous ont toujours été un précieux encouragement.

Merci encore à notre maître et ami, le Dr Morisson Lacombe, chef de clinique, qui a bien voulu nous guider de ses conseils, et nous a donné tant de preuves de son amitié.

CHAPITRE I

## Historique

Avant le XVII[e] siècle, on ne trouve, dans la littérature médicale, aucun travail précis sur les *chorées*. Ces affections, mal connues, se confondaient, dans le groupe des maladies convulsives, avec les manifestations hystériques (épidémies dansantes du Moyen-Age). Les malades se rendaient, chaque année, en Souabe, à Dresselhausen, à la Chapelle de Saint-Guy, martyr sous Dioclétien, qui, ayant été atteint lui-même de ce mal, aurait eu le pouvoir de le guérir, chaque année, au mois de mai.

Schenkius, en 1609, aurait signalé le premier cette maladie. Si l'on en croit d'autres auteurs, Borsieri, aurait, de son côté, abordé le premier la question. Mais c'est Sydenham, qui en 1688, identifia, d'une façon remarquable, cette affection qui, depuis, a gardé son nom.

Plus d'un siècle plus tard, en 1810, Bouteille publie son « traité de la chorée commune ou danse de

Saint-Guy » ; puis Bright en 1831, Bazin en 1834, Gendron en 1835, en donnent quelques observations. Capuron, en 1817, dans son traité des maladies des femmes, publie une observation de chorée au cours de la grossesse.

Mais l'ère des discussions pathogéniques s'ouvre avec Germain Sée, qui, en 1850, admet la nature rhumatismale de la chorée. (G. Sée. — Rapports du rhumatisme et des maladies du cœur, avec les affections nerveuses et convulsives). A cette théorie rhumatismale, se rallient Roger, en 1866, puis Cadet de Gassicourt, Jules Simon, Bouchard, etc.

Barnes, en 1869, publie 56 observations de chorée au cours de la grossesse, et en déduit un pronostic sombre. Pour lui, la gestation est une cause de recrudescence d'une chorée antérieure. « Il est impossible, dit-il, de savoir si une chorée antérieure est guérie : la grossesse est la pierre de touche de la chorée. »

En 1878, Trousseau fait une leçon sur la chorée ; et en 1886, Charcot fait une révision nosographique des chorées, que l'on retrouve dans la thèse de Launois. Il édifie la théorie nerveuse, (leçons du mardi 1887, 1888, 1889), théorie reprise par Comby, Leroux, Blocq ; il étudie la chorée de l'enfant et de l'adulte, et arrive à cette conclusion « qu'il arrive un âge, où il ne faut plus avoir de chorée, et surtout, il ne faut plus avoir de chorée pendant la grossesse ».

Plus tard, vient la théorie infectieuse, soutenue par Mœbius, P. Marie, Teissier, etc... L'orientation des recherches actuelles donne à cette théorie une vi-

gueur nouvelle. Dans la statistique de Triboulet, les maladies infectieuses aiguës seraient mises en cause une fois sur trois. Marfan dit que la chorée est ordinairement précédée d'une maladie infectieuse, dont la plus choréïgène serait le rhumatisme articulaire aigu.

Méry et Babonneix ont signalé la chorée au cours d'une granulie ; d'autres auteurs, parmi lesquels il faut citer Milian, incriminent la syphilis. Rose et Chartier ont décrit une chorée au cours d'une syphilis secondaire.

Un grand nombre d'auteurs, ont pensé à rechercher les antécédents névropathiques, soit héréditaires, soit acquis, des choréiques, et aujourd'hui, on s'accorde à reconnaître que dans la plupart des cas, la chorée s'installe sur un terrain prédisposé. Oddo, a mis en évidence le rôle des émotions, en tenant compte, bien entendu, des antécédents névropathiques : « L'émotion, dit-il, est une cause d'aggravation et de récidive de la chorée de Sydenham. Elle ne la crée pas, mais elle peut en déterminer l'apparition isolément, ou concurremment avec d'autres causes, à condition de porter sur un terrain névropathique, héréditaire ou acquis, de l'organisme jeune. »

Leroux, reprenant la thèse soutenue par Launois, croit à la fréquence de l'hystérie. D'autres auteurs ont parfois incriminé les traumatismes : chutes, contusions de la tête, lésions graves de l'humérus dans un cas de Sexton.

La place laissée par les médecins aux intoxica

tions est beaucoup plus modeste. On n'en cite que quelques cas : celui de Lendet dû à l'oxyde de carbone, celui de Demme dû à l'iodoforme et celui de Bienvenu, dû à l'alcool. Mais si les médecins n'ont, pour ainsi dire pas parlé des intoxications, les accoucheurs, en présence des chorées de la gestation, ont pensé à les rattacher à une intoxication due à la présence et au développement de l'œuf dans l'organisme maternel, et certains d'entre eux n'hésitent pas à ranger les chorées gravidiques dans les toxémies de la gestation. Thèse de Gentin (voir Bibliographie) inspirée par le Pr Pinard.

Gilles de la Tourette, dans la « Semaine médicale » de 1889, p. 305, conteste l'existence de la maladie qu'on dénomme « chorea gravidarum ». Les mouvements dits choréiques des femmes en état de gestation, selon lui, semblent bien relever, pour la plupart, de la maladie des tics et de l'hystérie. « La chorea gravidarum, dit-il, semble avoir été formée d'éléments disparates qui ne permettent guère, aujourd'hui, de lui conserver l'autonomie nosographique, qu'on lui accordait si libéralement autrefois.... En présence d'une femme enceinte affectée de mouvements dits choréiques, même si l'agitation musculaire est très intense et si l'insomnie et un état mental sérieux l'accompagnent, il faudra réfléchir à deux fois avant de conseiller une intervention... La chorea gravidarum me paraît, dans l'état actuel de la science, devoir être rayée du cadre nosographique, au même titre que la tétanie des femmes enceintes,

que, pour ma part, j'ai contribué à faire entrer dans le domaine de l'hystérie.

Les recherches toutes récentes des neurologistes jettent un jour nouveau sur la question, et tendent à considérer la chorée comme une séquelle d'encéphalite épidémique. En 1919, Papin, Denéchau et Blanc, signalent des séquelles choréiques, à la suite d'une épidémie d'encéphalite (Société médicale des Hôpitaux, Angers, juillet 1919). Sicard, en janvier 1920, signale de l'encéphalite avec mouvements myocloniques. Pierre Marie et Mlle Lévy, dans la *Revue Neurologique* de juin 1920, signalent les principales manifestations du syndrôme excito-moteur tardif de l'encéphalite épidémique. « Ce syndrôme, disent-ils, semble ouvrir une voie nouvelle, non seulement à l'étude clinique et anatomo-pathologique des chorées, mais encore, peut-être, à celle de la physiologie des mouvements rythmiques qui en constituent la manifestation la plus fréquente. Il est vraisemblable que plus nos connaissances de l'encéphalite se préciseront, plus s'imposera la révision du classement actuel des chorées. »

Dans la même *Revue Neurologique* de 1920, Pierre Marie et Tetriakoff, donnent le résultat de l'examen histologique des centres nerveux d'une fillette morte de chorée de Sydenham aiguë, ayant évolué en 10 jours. Ils ont constaté la ressemblance frappante entre les lésions de l'encéphalite et celles de la chorée aiguë, lésions beaucoup plus importantes au niveau du corps strié que dans le reste de l'encéphale.

D'où ils signalent l'importance du rôle que joue le corps strié dans les mouvemnts choréiques.

Telle fut, dans son ensemble, et succinctement exposée, l'évolution des connaissances cliniques et pathogéniques de la chorée.

Quelle opinion peut-on se faire aujourd'hui sur les chorées, et plus spécialement sur les chorées de la gestation? Nous avons recueilli toutes les observations des femmes qui, ayant eu de la chorée dans leur enfance, ou ayant présenté des manifestations choréiques pendant leurs gestations, sont venues accoucher à la clinique Baudeloque, de 1899 à 1919. Nous reprendrons, pour l'ensemble de notre statistique, les chiffres publiés dans la thèse de Gentin, qui comprend les cas de 1889 à 1899, de la même clinique. Notre étude portera donc pour une période de 30 années consécutives, sur 201 observations de choréiques dont 53 ont présenté le syndrôme choréique pendant la gestation.

Après avoir étudié l'étiologie et la pathogénie de la chorée, dans ses rapports avec la gravidité, nous en retracerons l'histoire clinique et l'évolution, nous indiquerons le pronostic maternel et fœtal, et nous envisagerons la conduite à tenir, et les règles qui doivent nous guider dans le traitement.

CHAPITRE II

## Définition et Etiologie

Sous le terme générique de chorées (χωρεια, danse), on comprend des mouvements involontaires, survenant sans but, et en apparence, sans cause, pendant le repos comme pendant l'action, ayant tendance à se généraliser et à disparaître pendant le sommeil (Brissaud).

La chorée est-elle une maladie? C'est plutôt un syndrôme, se manifestant dans des circonstances très diverses. Il y a non pas une chorée, mais des chorées.

Ce syndrôme apparaît habituellement dans l'enfance — et presque toujours chez les petites filles. Chez les garçons, on ne le rencontre que d'une façon exceptionnelle. Chez l'adulte, on le voit presque toujours chez la femme, et chez la femme en état de gestation.

Au point de vue étiologique, que trouve-t-on?

L'hérédité similaire est rare. Germain Sée, Triboulet

et d'autres encore, ont pourtant signalé les antécédents choréiques, chez les ascendants directs. Pour notre part, nous ne l'avons trouvée qu'une seule fois sur 119 cas. La mère de cette malade était elle-même choréique.

Il n'est guère d'observations où ne soit mentionnées : l'hystérie, l'épilepsie, la neurasthénie, les psychoses, l'alcoolisme, l'aliénation mentale, la paralysie générale des ascendants et encore doit-on noter que dans certaines observations, ces antécédents nerveux ne sont pas mentionnés ou le sont avec un laconisme qui prouve qu'on n'y a pas attaché toute l'importance qu'ils méritent.

Certaines malades ont des antécédents particulièrement chargés. C'est ainsi que chez la même, nous trouvons : Père alcoolique, buveur d'absinthe invétéré, tante paternelle folle, 2 cousins, du côté paternel, idiots, neufs frères et sœurs morts en bas âge. Une seule sœur vivante.

Les manifestations névropathiques antérieures à la chorée, ont aussi leur importance. Telle malade a eu, avant d'être choréique, des crises étiquetées crises d'hystérie ; telle autre était épileptique. Celle dont nous relatons plus haut les antécédents héréditaires, avait eu elle-même, avant d'être choréique, des crises nerveuses, avec incontinence d'urine.

La spécificité héréditaire doit, elle aussi, être mise au nombre des causes de dégénérescence. A vrai dire, elle est peu souvent mentionnée dans nos obser-

vations. Nous ne l'avons trouvée que 4 fois. Mais on doit se rendre compte de la difficulté qu'on rencontre à obtenir des malades, des renseignements précis sur ce sujet. Les choréiques nous diront bien : « Ma mère était folle, mon père est mort paralysé, j'ai eu neuf frères et sœurs morts en bas âge ou morts-nés », mais nous ne pourrons obtenir aucun renseignement sur la syphilis de leurs parents, pour l'excellente raison qu'on la leur a cachée et que si, par hasard, elles ne l'ignorent pas, elles éprouvent toujours quelque honte à l'avouer.

Que de syphilis ancestrales nous ne pouvons faire que soupçonner, et dont cependant nous retrouvons les traces, soit dans les stigmates d'hérédo-spécificité que présentent nos malades, soit dans la constatation, que nous faisons, chez nos accouchées choréiques, de l'hypertrophie placentaire.

Cependant il serait exagéré, croyons-nous, de généraliser et de dire avec Milian que la syphilis est à la base de presque toutes les chorées. La réaction de Bordet-Wassermann, systématiquement pratiquée, permettra peut être dans des statistiques futures, d'apporter des conclusions plus précises sur ce sujet que ne permet d'en formuler la simple clinique.

On retrouve, assez souvent, dans les observations, les émotions et les contrariétés, qui, pour les malades, seraient à l'origine de leur affection. Telles d'entre elles ont vu survenir leur chorée à la suite d'une peur violente, telles autres ont été saisies d'épouvan-

te à la vue d'un spectacle terrifiant, telles autres ont eu des contrariétés, des discussions, des accidents auxquels elles ont échappé, et à la suite desquels elles sont devenues choréiques. Mais, comme Oddo, nous croyons que ces émotions sont incapables, à elles seules, d'engendrer la chorée, et qu'elles ne font qu'en favoriser, dans une certaine mesure, l'éclosion.

En résumé, les choréiques sont des tarées, à des degrés divers et sous des formes diverses. C'est sur ce terrain que sous l'influence de causes à déterminer se développe le syndrome choréique. Ce sont ces causes que nous nous efforcerons de rechercher, dans l'étude de la pathogénie que nous ferons au chapitre suivant.

## CHAPITRE III

# Pathogénie

Sur ces terrains prédisposés, qui va déclancher le syndrôme? Une infection : rhumatisme articulaire aigü, encéphalopathie infectieuse — ou bien peut-être une intoxication.

Quelle place doit-on faire au rhumatisme articulaire aigü, dans l'étiologie des chorées? La présence de cette maladie infectieuse dans les antécédents des choréiques, la coexistence fréquente de lésions mitrales, dans le rhumatisme et la chorée, avaient conduit Germain Sée à édifier la théorie rhumatismale des chorées. Elle a été, depuis, très combattue. Riche, dans sa thèse, dit avoir trouvé rarement le rhumatisme dans les antécédents des femmes choréiques. Gentin ne l'a signalé qu'une fois. Pour notre part, nous avons recherché les antécédents de toutes nos malades et nous avons trouvé le rhumatisme articulaire aigü 16 fois sur 119 cas, soit dans 13,44 pour 100 des cas. Dans 4 cas, nous avons trouvé des

lésions mitrales, sans que soit mentionnée l'origine rhumatismale de ces lésions. D'après ces chiffres, le rhumatisme aurait donc une place dans l'étiologie du syndrôme choréique, mais il serait loin d'être toujours en cause, et d'autres infections sont aussi à incriminer.

La maladie infectieuse, qui à l'heure actuelle, est considérée comme étant souvent à l'origine des chorées, est l'encéphalite épidémique. Elle était, malheureusement, inconnue au moment où furent rédigées toutes nos observations. C'est dire que jamais nous ne l'avons trouvée mentionnée, dans les antécédents de nos choréiques. Cependant, dans l'observation n° 848 de l'année 1899, on trouve : X..., 33 ans, II pare, chorée de 8 à 13 ans, disparue avec les règles. Grossesse à 25 ans. Anorexie, puis « tendance invincible au sommeil ». Au 3e mois avortement, sans manifestations choréiques très intenses. Ne s'agissait-il pas là d'une encéphalite? Nous ne pouvons que poser la question, sans même essayer de la résoudre, faute d'aucun renseignement précis.

Mais voici une autre observation, toute récente et qui est celle d'une femme que nous avons pu suivre à la clinique Baudelocque, et que M. le Professeur Couvelaire a bien voulu nous présenter. Il s'agit d'une jeune femme de 20 ans, qui entre le 8 novembre 1920, à la clinique, parce que présentant au début de sa gestation, un syndrôme choréique. Elle n'a jamais eu de chorée dans son jeune âge, jamais eu de rhumatisme articulaire aigü, et ne présente aucun stigmate de rachitisme ni d'hérédo-sy-

philis, net. Elle signale seulement quelques troubles des sphincters (avec incontinence d'urine) vers 6 ou 7 ans. Elle aurait fait un avortement de 3 mois environ, au mois d'avril 1920, puis les règles seraient réapparues normales, jusqu'au 8 septembre 1920, date des D. R.

Deux ou trois mois avant, vers juin ou juillet, la malade aurait eu une période de céphalée intense, avec somnolence invincible et troubles de la vue (diplopie). Ces phénomènes auraient duré un mois. Elle aurait eu, vers le 15 octobre, une grande frayeur, suivie, à quelques jours d'intervalle, d'une violente contrariété, à la suite de laquelle se serait installée sa chorée. Elle présente, à son entrée, une hémichorée droite très intense, avec mouvements désordonnés du bras et de la jambe : mouvements surtout marqués au niveau de la main droite, que la femme est obligée de soutenir de sa main gauche. Peu de mouvements de la face. Elle avait eu cependant, le premier jour de sa maladie, des mouvements de la langue, qui gênaient considérablement la parole. Pleurs et rire faciles.

Elle est vue, quelques jours après son entrée à la clinique Baudelocque, par M. Bouttier, chef de clinique du Professeur P. Marie, qui note l'unilatéralité des lésions, l'absence complète de participation du faisceau pyramidal, et l'absence de troubles sensitifs. Les réflexes sont normaux à l'exception des radiaux qui sont affaiblis ; Babinski normal. Il est noté aussi, à l'examen du cœur, un souffle systolique à la pointe.

— La chorée, ne semble-t-elle pas consécutive à une encéphalite, dont nous n'avons pu, à notre grand regret, suivre l'évolution, puisqu'elle datait de plusieurs mois, lors de l'apparition du syndrôme choréique? Nous en sommes persuadés et les travaux récents des neurologistes, que nous avons signalés au début de cette thèse, et qui relatent les rapports intimes entre l'encéphalite épidémique et la chorée, nous confirment dans cette opinion.

Le syndrome excito-moteur tardif de l'encéphalite est connu seulement depuis novembre 1918, au moment où le Professeur P. Marie attira l'attention sur lui. Jusqu'alors les premières observations d'encéphalite ne signalaient pas ces perturbations de l'activité motrice, ou ne leur reconnaissaient qu'une place accessoire dans le tableau symptomatique, toujours dominé par la triade : état infectieux, hypersomnie, troubles oculaires. Le Professeur P. Marie attira l'attention sur l'existence relativement fréquente de mouvements involontaires et de symptômes parkinsoniens assez particuliers, survenant un temps variable (de 8 jours à 4 mois) après une atteinte d'encéphalite (Société Méd. Hôp., 29 nov. 1918).

En juillet 1919, Papin, Dénechau et Blanc, apportent à la Société Médicale l'étude clinique de 4 malades. Chez l'un, apparition six semaines après, de mouvements choréiques intenses, qui persistent encore au bout de 3 mois $\frac{1}{2}$. Un autre a présenté un syndrôme parkinsonien typique.

L'épidémie de 1919-20, permit de mettre en évi-

dence l'importance capitale de ce syndrôme excito-moteur et l'on s'aperçut qu'il était susceptible d'apparaître au début même de la maladie et d'en constituer souvent, dans ses différentes modalités, la principale, parfois la seule manifestation.

En janvier 1920, M. Sicard décrivit la forme myoclonique de l'encéphalite épidémique et en fit l'étude complète et magistrale dans des communications successives. Cette forme fut observée souvent et bientôt on en décrivit d'autres : convulsive à type jacksonien, choréique, choréo-athétosique, myotonique, parkinsonienne. On les rattacha toutes cliniquement à l'encéphalite, malgré l'absence fréquente d'un ou de plusieurs termes de la triade symptomatique, ou malgré l'adjonction de symptômes nouveaux, telles les algies.

De nombreux auteurs, parmi lesquels on doit citer Carnot et Gardin (1), Ardin-Delteil (2) et Reynaud, Lereboullet et Mouzon (3), Claude, Rose et Piédelièvre (4), Souques (5), ont relaté à la Société Médicale des hôpitaux, des observations où la chorée fut accompagnée ou suivie de symptômes d'encéphalite pendant l'épidémie de Paris et ses environs.

Harvier et Levaditi (6) ont rapporté une observation analogue et démontré expérimentalement que la « chorée aiguë, fébrile, à évolution rapide, indépen-

---

(1 à 5) *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 30 janvier, 5 mars, 12 mars, 23 avril, 1er mai 1920.

(6) Harvier et Levaditi. *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 7 mai 1920.

dante de toute autre manifestation d'encéphalite, était dûe au virus de la maladie de V. Economo ».

L'injection au lapin, d'une émulsion des centres nerveux de cette malade atteinte de chorée fébrile, a conféré une encéphalite transmissible en série (4 passages successifs) avec des lésions moins accentuées que celles produites par le virus fixe, et avec une incubation sensiblement plus longue.

Du reste, l'examen histologique des centres nerveux de cette malade a révélé, au niveau des pédoncules, de la protubérance et du bulbe, des lésions intenses et caractéristiques :

a) une dilatation vasculaire considérable.

b) De petites hémorragies en dehors des vaisseaux, en pleine substance grise.

c) Des manchons périvasculaires très intenses, constitués par des éléments mononucléés, dans la gaine de nombreux vaisseaux.

d) De petits foyers d'infiltration lymphocytaire dans la substance grise, autour des cellules nerveuses.

Et ces auteurs concluent que certaines chorées fébriles aiguës, sont déterminées par le virus de l'encéphalite épidémique.

Il est aujourd'hui certain que l'encéphalite est souvent à la base de ce syndrôme choréique, et qu'elle doit être recherchée chaque fois qu'on se trouve en présence de tels malades.

Il est cependant des cas, nombreux, où nous ne trouvons rien, et où force nous est, à défaut d'anté-

cédents infectieux, de chercher ailleurs la cause de ces phénomènes pathologiques.

Une remarque, tout d'abord, s'impose. On ne peut pas ne pas être frappé par l'influence que semblent avoir les règles sur l'apparition et la cessation des manifestations choréiques.

Quand apparaît la chorée des petites filles ? Sur les 119 femmes dont nous avons recueilli les observations, 112 ont eu de la chorée dans leur jeune âge ; 13 fois l'âge n'est pas mentionné et les observations portent seulement : chorée dans l'enfance. Les autres se répartissent de la sorte :

| | |
|---|---|
| De 5 à 10 ans | : 32 cas |
| De 10 à 16 ans | : 59 cas |
| De 16 à 20 ans | : 8 cas |
| (enfance) | : 13 cas |
| | 112 |

Si, d'autre part, nous reprenons les chiffres de Gentin, qui mentionnent les observations de la même clinique, dans les 10 années précédentes, nous avons :

| | |
|---|---|
| De 5 à 10 ans | : 18 cas |
| De 10 à 16 ans | : 45 cas |
| De 16 à 20 ans | : 13 cas |
| | 76 |

Le maximum de fréquence est donc certainement de 10 à 16 ans, avec une prédominance marquée de

11 à 13 ans. Mais cette constatation acquiert toute son importance du fait que l'époque d'apparition des règles est également mentionnée sur nos observations, et qu'invariablement nous trouvons : chorée à 13 ans, réglée à 14 ans ; chorée à 11 ans, ayant duré deux ans jusqu'à l'apparition des règles. Quelquefois on trouve : réglée à 13 ans, irrégulièrement ; chorée apparue à 14 ans, ayant duré six mois, « pendant lesquels les règles ont été suspendues ».

Chaque fois que les règles apparaissent, les mouvements choréiques disparaissent. Et si, par hasard, la chorée reparaît, les règles sont toujours suspendues. N'y a-t-il pas là quelque chose de frappant et ne peut-on trouver une relation, entre l'état biologique de l'organisme jeune au moment de la puberté et l'apparition de ce syndrôme choréique, que le traitement peut sans doute atténuer, mais dont on ne voit la guérison qu'au moment où apparaissent les règles? (voir thèse de Gentin).

N'était-il pas naturel, que, cette constatation faite, les accoucheurs, et en particulier M. le Pr Pinard, aient pensé, en présence des chorées de la gestation, à les expliquer par une auto-intoxication ? Par analogie avec la puberté, la gestation amène aussi dans l'organisme des troubles fonctionnels. Le foie, le rein, ne fonctionnent plus d'une façon aussi parfaite. De là, de nouvelles causes d'intoxication, qui pourraient expliquer l'apparition du syndrôme choréique. Et, de fait, nombre de femmes qui ont été choréiques au moment de la puberté, et ont vu leurs acci-

dents disparaître au moment de la menstruation, redeviennent de nouveau choréiques à l'occasion d'une gestation.

Mais nous allons plus loin, et nous nous demandons si la gestation, en dehors de toute autre cause connue et évidente, ne peut, dans certains cas, à elle seule, déterminer l'apparition d'un syndrôme choréique? Il s'agirait là d'une chorée primitive, indépendante de la chorée de Sydenham, qui apparaîtrait pour la première à l'occasion d'une gestation, et qui ne serait, sans doute, jamais apparue s'il n'y avait pas eu gestation.

Ces cas sont de beaucoup les plus rares, c'est certain, mais comme nous le verrons plus loin, ils sont aussi les plus graves. Nous avons remarqué que chez ces femmes, il y a assez souvent coexistence de la chorée et de l'albuminurie, fait important, si on se rappelle que cette dernière est toujours liée à l'intoxication gravidique. Nous avons, à ce sujet, plusieurs observations que nous publierons plus loin.

En résumé, dans la pathogénie du syndrôme choréique de la gestation, il faut tenir compte :

1° *Du terrain, et là dans certains cas, l'hérédo-syphilis peut être en cause.*

2° *De l'état pathologique créé, chez certaines femmes, par la gestation (toxémie de la gestation), état pathologique qui peut réveiller une lésion datant de*

*l'enfance, et peut-être provoquer par elle-même le syndrôme choréique.*

3° *De la possibilité, chez la femme gravide, d'une encéphalopathie banale, dont la localisation spéciale se manifeste sous la forme du syndrome choréique.*

## CHAPITRE IV

# Histoire Clinique et Évolution

Essayons maintenant de savoir comment se comportent les chorées gravidiques, quelle est leur histoire clinique et leur évolution.

Et d'abord quelle est leur fréquence ? Minime, sans aucun doute. Gentin a trouvé, de 1889 à 1899, sur les 15.638 femmes qui sont venues accoucher à la Clinique Baudelocque, 15 cas seulement de chorée gravidique, soit 1 pour 1.042. Nous avons, de notre côté, feuilleté toutes les observations de 1899 à 1919, et sur 38.382 accouchements, nous avons trouvé 38 cas de chorée au cours de la gestation, soit 1 pour 1010. C'est donc sensiblement la même proportion, proportion faible, mais encore au-dessus de la réalité, si l'on considère que les maternités sont le refuge des cas pathologiques.

Chez quelles femmes voit-on apparaître ce syndrôme choréique de la gestation ? Dans la grosse majorité des cas, c'est incontestablement chez des femmes

jeunes. Les différents auteurs sont unanimes à constater que l'époque d'apparition de la chorée gravidique, est surtout comprise entre 18 et 25 ans. Notre statistique nous donne : sur 38 cas :

| | | |
|---|---|---|
| De 16 à 20 ans | ..... | 12 cas |
| De 20 à 25 ans | ..... | 23 cas |
| à 26 ans | ..... | 1 cas |
| à 27 ans | ..... | 1 cas |
| à 35 ans | ..... | 1 cas |

Nos chiffres sont donc, sur ce point, d'accord avec ceux des auteurs qui ont, avant nous, étudié la question, mais nous n'entendons tirer de ces données aucune conclusion, car cette période de la vie correspond à celle de l'activité génitale de la femme, et il est tout naturel qu'elle corresponde, du fait même, à l'apparition des chorées de la gestation.

Certains auteurs ont pensé à rechercher les relations de la chorée avec la primiparité. Jaccoud dit que les 2/5 de ses choréiques sont des primipares. Barnes, trouve 28 primipares sur 56 choréiqques gravidiques. Charpentier, 50 primipares contre 30 multipares. Gentin, 10 primipares contre 5 multipares. Nous avons également recherché, au cours de quelles gestations, nos malades ont présenté des manifestations choréiques. Nous trouvons, sur 38 cas :

27. Au cours de la 1re gestation
2 » » » » 1re et 2e gestation
1 » » » » 1re et 3e gestations. Rien à la 2e

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | » | » | » | » 1re, 2e et 3e gestations |
| 1 | » | » | » | » 1re, 2e, 3e et 4e gestations. |
| 3 | » | » | » | » 2e gestation. Rien à la 1re. |
| 1 | » | » | » | » 2e gestation. Rien à la 1re ni à la 3e |
| 2 | » | » | » | » 3e gestation. Rien à la 1re ni à la 2e |

C'est donc au cours de la 1re gestation, que l'apparition du syndrôme choréique est de beaucoup la plus fréquente ; car d'après ces chiffres, 32 fois sur 38, il en a été ainsi pour nos malades. 4 fois il s'agissait de II pares et 2 fois seulement de III pares. Une de nos malades a eu des accidents choréiques au cours de ses 1re et 3e gestations, sans qu'au cours de la 2e, elle n'ait eu aucune manifestation pathologique. 4 autres, au contraire, n'ont été choréiques qu'au cours de leur seconde gestation. 2 seulement font des accidents choréiques, pour la première fois, au cours de leur troisième gestation. 4 voient leur syndrôme reparaître chaque fois qu'elles sont fécondées.

Nous n'entendons pas attacher à ces faits une importance excessive, mais il nous faut, cependant, constater, que, dans la très grosse majorité des cas, c'est au cours d'une première gestation qu'apparaît le syndrôme choréique, et qu'à quelques exceptions près, il s'atténue et même disparaît avec les gestations successives. Il y a là un parallélisme frappant avec les états toxémiques gravidiques.

Voyons, maintenant, comment apparaissent les chorées de la gestation? De deux façons :

a) chez des femmes ayant eu autrefois de la chorée : *Chorée récidivante.*

b) Chez des femmes n'ayant jamais été choréiques : *Chorée primitive.*

Quelle est donc l'influence d'une chorée antérieure sur les chorées gravidiques? Et dans quelle proportion les femmes ayant eu de la chorée autrefois, récidivent-elles au moment de leurs gestations?

Nous avons vu que, sur 38.382 femmes, 38 ont eu des manifestations choréiques gravidiques. Mais sur ces 38, il y en a 7, qui ont vu survenir leur syndrôme, pour la première fois, pendant leur gestation (chorée primitive). Il en reste donc 31, qui avaient été choréiques dans leur jeune âge.

Reprenons notre statistique, et nous verrons que sur nos 38.382 femmes, 112 avaient eu de la chorée dans le jeune âge. 31 seulement ont été des choréiques gravidiques, soit un peu plus de 1/4. La statistique des 10 années précédentes, de la même clinique, donne environ 1/6. En moyenne, nous admettrons donc que 20 à 25 pour 100 des femmes ayant été choréiques dans leur enfance, récidivent au moment de leur gestation.

Dans quelle proportion maintenant, les choréiques gravidiques avaient-elles été choréiques dans leur enfance? En d'autres termes, pour un nombre donné de chorées de la gestation, combien y a-t-il de récidives et de chorées primitives?

Charpentier et Delage, disent qu'il y a environ 37 % de récidive. Nos chiffres sont beaucoup plus forts, et la statistique de Baudelocque pendant 30 années consécutives, nous donne :

De 1889 à 1899 : 15 chorées, dont 12 récidives, 2 primitives, 1 douteuse.

De 1899 à 1919 : 38 chorées, dont 31 récidives, 7 primitives.

Au total, sur 53 cas, 43 récidives, 9 primitives, 1 douteux; soit 81 % environ de récidives.

Il semblerait donc que l'influence d'une chorée antérieure soit beaucoup plus grande qu'on ne le croit généralement, et les cas de chorée gravidique primitive, restent, malgré tout, plus rares.

Ces constatations faites, étudions maintenant à quelle époque de la gestation va se manifester le syndrôme. C'est tout à fait variable.

Dans quelques cas, la chorée apparaît dès le début de la gestation, au point d'en être parfois le premier symptôme. C'est ainsi qu'une de nos malades (observ. 523 de l'année 1899), « ayant eu des crises de rhumatisme articulaire aigü, jusqu'à 17 ans, et s'étant mariée à 18 ans, voit survenir, 15 jours apres son mariage, une chorée qui ne cesse qu'au 7e mois de sa gestation. A peine fécondée de nouveau, elle voit son syndrôme choréique reparaître ; mais cette fois il ne dure qu'un mois ». L'apparition de sa chorée coïncidait donc ici, avec le début de la gestation.

Une autre (observ. 866 de l'année 1908) ayant eu de la chorée au moment de la puberté, voit ses mouvements réapparaître dès le premier mois de sa gestation, mouvements qui ne cessent qu'avec l'expulsion, au 3e mois, d'un produit de conception. Les règles étant réapparues dans des conditions normales,

la femme redevient enceinte, et aussitôt, elle est prise, tous les soirs, de mouvements choréiques durant jusqu'à 3 heures du matin.

Une troisième malade (observ. 686 de 1912) n'ayant jamais eu de chorée et ne présentant rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et névropathiques, a eu une première gestation normale. Sa 2e gestation s'est terminée par un avortement au 2e mois, avec mouvements choréiques intenses ayant débuté avec la gestation, et ayant duré 2 mois après l'expulsion de l'œuf.

Dans d'autres cas, la chorée n'apparaît qu'à la fin de la gestation. C'est ainsi que dans l'observation 264 de 1912, nous trouvons : I pare de 17 ans, ayant eu de la chorée dans son jeune âge, traitée à la Pitié. Rien de particulier pendant les 7 premiers mois de sa gestation. Au 8e mois, apparition d'un syndrôme choréique, qui persiste encore au moment où la femme entre à la clinique, au voisinage du terme.

Mais ces cas sont l'exception, et, en général, la chorée débute presque toujours dans les 2e, 3e, 4e et 5e mois de la gestation, le maximum étant au 3e mois. Plus la femme approche du terme, moins, en règle générale, elle a de chances de devenir choréique. Il est cependant des cas où le syndrôme se déclanche tout à la fin de la gestation, voire au début du travail, voire même après l'accouchement, (à tel point qu'on a pu décrire la chorée des nourrices, (chorea lactantium), mais ce ne sont là que cas exceptionnels, et tous les auteurs s'accordent à reconnaître,

que, le plus souvent, le syndrôme s'installe du 2e au 5e mois de la gestation.

Une fois né, combien de temps va-t-il durer? Ici encore c'est très variable.

Souvent, et c'est la grande majorité des cas, il disparaît seul ou sous l'influence du traitement médical, dans les mois qui suivent son apparition. Nous avons publié, dans le chapitre « Pathogénie » de cette thèse, une observation d'une chorée gravidique, survenue, selon toute vraisemblance, à la suite d'une encéphalopathie infectieuse. Nous avons eu le plaisir de revoir cette malade, qui ne présente plus aucun symptôme choréiforme, et continue sa gestation dans d'excellentes conditions (1). Dans d'autres cas, les manifestations choréiques sont plus tenaces, et nous avons trouvé quelquefois « chorée ayant débuté au 2e mois et ayant duré jusqu'au 8e mois de la gestation » ou bien « chorée dont le début s'est manifesté au 3e mois de la gestation et ayant disparu aussitôt après l'accouchement ». Dans d'autres cas enfin, heureusement très rares, les mouvements choréiques augmentent d'intensité à mesure que se poursuit la gestation. C'est alors qu'on voit apparaître les escarres dues au frottement des articulations, coudes et genoux en particulier ; la peau est complètement usée au niveau des surfaces articulaires ; tout mouvement coordonné devient impossible, la malade en est ré-

(1) Cette femme est accouchée spontanément, au cours du 9e mois, sans accidents choréïques, d'un enfant pesant 2980 grammes, se présentant par le siège (7 juin 1921).

duite à une impuissance fonctionnelle absolue et en arrive rapidement à l'état de mal choréique et au coma. Dans certains cas, ce tableau clinique s'accompagne d'une éruption cutanée, érythème purpurique, dont le pronostic est toujours sombre.

Dans certains cas, les mouvements peuvent prédominer sur une moitié du corps et même quelquefois être localisés à cette seule moitié du corps. C'est ce qu'on a décrit sous le nom d'hémichorée.

Telle est, dans ses grandes lignes, l'histoire clinique et l'évolution des chorées de la gestation. Un point nous reste à élucider ; et il n'est pas, à notre avis, sans avoir une grosse importance, ni sans peser en faveur de la théorie de l'intoxication, que nous exposions plus haut. Nous voulons parler de l'albuminurie et de ses rapports avec les chorées gravidiques.

M. Brissaud a déjà signalé le fait d'une malade, qui avait été atteinte, lors d'une première gestation, de chorée avec escarres telles qu'on avait dû la mettre dans un lit de son, et qui a eu de l'éclampsie, lors d'une seconde gestation. Nous avons, de notre côté, une malade (obsv. 631 de 1912), qui ayant eu de l'albumine lors de sa première gestation, albumine en quantité considérable (5 gr.) avec grosse hypertension artérielle, et ayant expulsé au 8e mois, un fœtus mort et macéré, avec un placenta rempli de foyers hémorragiques, a vu se déclancher, au 3e mois d'une seconde gestation, un syndrôme choréique ayant duré deux mois.

Le plus souvent, il nous faut le constater, la chorée existe seule et constitue, à elle seule, le syndrôme pathologique. Mais dans un certain nombre de cas, il y a coexistence de la chorée et de l'albuminurie. C'est ainsi que nous l'avons trouvée 9 fois chez nos 38 choréiques ; 6 fois sur 31 chorées récidivantes ; 3 fois sur 7 chorées primitives.

Il semble donc, d'après ces chiffres, que le syndrôme choréique *primitif* s'accompagne beaucoup plus souvent d'albuminurie, que l'autre, et encore doit-on noter que deux de nos observations de chorée primitive sont absolument dépourvues de renseignements, et que peut-être la proportion donnée plus haut est inférieure à la réalité.

Nous n'avons pas, dans notre description clinique, fait de parallèle entre les chorées primitives et les récidivantes parce que l'allure générale du syndrôme est sensiblement la même dans les deux cas, et qu'il ne nous a pas été possible d'établir de différences notables. Cependant, nous avons cru devoir attirer l'attention sur la coexistence, dans certains cas, de l'albuminurie et de la chorée chez les femmes gravides. Ce fait nous a paru intéressant, à la fois au point de vue pathogénique et au point de vue pronostic : au point de vue pathogénique d'abord, puisqu'il crée la possibilité d'expliquer certaines chorées de la gestation, surtout chorées primitives, par la théorie de la toxémie gravidique, que nous avons exposée au chapitre précédent ; au point de vue pronostic ensuite, puisqu'au syndrôme choréique

viennent s'ajouter, pour la mère, les risques de l'éclampsie possible ou de l'hémorragie rétro-placentaire (nous en avons une observation que nous publions plus loin, 2e observation), et, pour l'enfant, ceux de la mort in utero, ou de l'expulsion prématurée, avec toutes ses conséquences.

Cette réflexion nous conduit à étudier le pronostic des chorées gravidiques.

## CHAPITRE V

# Pronostic

Le pronostic doit être envisagé à un double point de vue : pour la mère et pour l'enfant.

### PRONOSTIC MATERNEL

Certains médecins sont optimistes. Germain Sée donne de la chorée un pronostic bénin. Le P^r^ Pinard partage cet optimisme.

D'autres sont pessimistes. Charcot dit que la femme ne doit pas avoir de chorée, surtout si elle est gravide. Barnes donne 17 morts sur 56 cas. Les statistiques de Charpentier et Delage donnent une mortalité de 25 % environ.

Il faut reconnaître que les statistiques bibliographiques donnent raison, en général, à Charcot, et que le pourcentage de mortalité est véritablement impressionnant. Mais il faut dire aussi que les statistiques bibliographiques ne comprennent guère que les mauvais cas, et que, de plus, il faudrait les expurger

de tous les cas où la mort est survenue du fait d'une maladie intercurrente.

L'impression qui se dégage de l'étude d'une statistique en série, n'est pas la même ; prenons notre statistique, qui comprend *tous* les cas de chorée gravidique, de la clinique Baudelocque pendant une période 30 années consécutives, de 1889 à 1919.

Il y a eu pendant cette période :

53 cas, 52 femmes vivantes, 1 femme morte. Ces chiffres justifient donc l'optimisme du Professeur Pinard.

Sur ces 53 cas, nous avons sur 43 chorées récidivantes et 9 chorées primitives, un cas étant douteux, aucun décès pour les récidivantes et un décès pour les primitives.

Il semble donc, d'après ces chiffres, que la chorée primitive soit beaucoup plus grave.

Nous publions du reste, à la fin de cette thèse, deux observations de chorées primitives *mortelles* que nous devons, l'une à M. le Professeur Pierre Marie, l'autre à M. le Professeur Couvelaire.

Il ne faut donc pas, en présence d'une chorée gravidique récidivante, se laisser effrayer. En général, on devra porter un pronostic favorable pour la mère. Toutefois, lorsqu'on se trouvera en présence d'une chorée primitive, on devra toujours penser à l'encéphalopathie infectieuse et rechercher s'il ne s'agit pas d'une manfestation de cette encéphalite. Le pronostic, en cas de chorée primitive, devra toujours être réservé.

PRONOSTIC POUR L'ENFANT

Si, comme nous venons de le voir, le pronostic pour la mère est plutôt favorable, au moins en ce qui concerne les chorées qui récidivent, il n'en est pas de même pour l'enfant.

Si l'on consulte les statistiques des auteurs qui nous ont précédé, dans l'étude de cette question, nous arrivons à une moyenne de 70 % environ, d'accouchements à terme.

Nous avons, quant à nous, recueilli avec soin, dans les observations de nos 38 femmes choréiques, la date des D. R. et l'époque de l'expulsion du fœtus.

Sur 38 malades, nous arrivons ainsi à un total de 46 gestations, pendant lesquelles s'est manifesté un syndrôme choréique.

Sur ces 46 gestations, nous avons : 17 avortements, 15 accouchements prématurés, 14 accouchements à terme.

Plus des 2/3 de ces gestations ne vont donc pas à terme. Et la proportion de notre statistique, comparée à celles de Barnes, Charpentier, Delage, citées plus haut, est exactement renversée.

Le pronostic pour l'enfant serait donc peu favorable, beaucoup moins bon qu'on ne le croyait jusqu'ici. Sur 46 gestations nous avons :

17 avortements, soit 17 enfants morts.

15 accouchements prématurés ; sur ces 15, 9 sont au cours du 7e mois, et les enfants sont morts.

Les autres, au cours du 8ᵉ ou 9ᵉ mois, sont nés débiles et chétifs.

Il faut mentionner enfin, les enfants qui naissent avec des malformations congénitales, spina-bifida, hydrocéphalie, pieds-bots, etc... Gentin en a donné deux exemples frappants. Une de nos observations mentionne également qu'une femme, ayant été choréique au moment de la puberté, et n'ayant présenté aucun accident au cours de ses gestations, a vu naître successivement deux enfants, porteurs de spina-bifida.

CHAPITRE VI

## Traitement

Au point de vue du traitement médical, on a essayé de nombreux médicaments, mais il en est peu dont l'efficacité soit incontestable. Nous n'avons pas la prétention de passer en revue tous les agents thérapeutiques qui ont été proposés. Citons simplement :

La strychnine, l'éserine, qui n'ont donné que des résultats médiocres.

L'hyosciamine, (2 à 6 milligrammes par 24 h.) dont l'emploi dangereux ne s'est pas généralisé.

L'antipyrine (2 à 3 gr. p. jour) fortement combattue par Oui, dans le *Journal de Médecine de Paris*, 1901, et que nous ne saurions recommander dans les cas de chorée gravidique, à cause de son action nocive sur le rein.

Le chloral, recommandé par M. le Professeur Pinard, jusqu'à la dose de 8 gr. et même 10 gr. par jour.

A l'Académie de Médecine (10 décembre 1912),

MM. Pierre Marie et Chatelin, bien que ne considérant pas la chorée comme d'origine syphilitique, ont préconisé le traitement arsenical de la chorée et ont dit que les injections intra-veineuses de 606 donnaient des résultats supérieurs à toute autre thérapeutique.

Comby, revenant sur cette question, a soutenu l'efficacité de la liqueur de Boudin, associée au régime lacté, avec repos absolu au lit et isolement, si possible. En général, avec ce traitement, il a obtenu la guérison en 15 jours.

Triboulet, cependant, ne croit pas beaucoup à l'efficacité des agents médicamenteux : « La chorée, dit-il, peut guérir avec l'arsenic et malgré l'arsenic, mais on doit se rappeler qu'elle guérit aussi toute seule ».

Ce scepticisme peut paraître excessif ; il est certain, cependant, que quelques chorées guérissent spontanément, sans le secours d'aucun médicament.

Nous ne mentionnons que pour mémoire, le rôle que peuvent jouer les agents physiques : douches, bains froids, bains sulfureux, gymnastique, dont les effets sont contestés, et qui, d'ailleurs, ne semblent guère pouvoir être utilisés avec profit, dans les cas qui nous occupent.

Comment comprendrons-nous le traitement des chorées gravidiques ? Cela variera suivant les cas.

Nous avons vu, que, tout en ne méconnaissant pas le rôle important joué par les infections dans la pathogénie du syndrôme choréique de la gestation,

nous avons cependant réservé une place à l'intoxication gravidique.

Pour être logiques avec nous-mêmes, nous commencerons donc par mettre nos malades au repos absolu, au lit, isolées dans la mesure du possible, et au régime lacté, en particulier si nos malades sont à la fois choréiques et albuminuriques.

a) Dans les cas de chorée d'intensité moyenne, il y aura intérêt à atténuer le plus possible les mouvements choréiques. Le chloral sera un excellent adjuvant, à la dose de 2 à 4 grammes, par 24 heures, et même à doses doubles, si c'est nécessaire. On l'administrera d'une façon continue, et on ne cessera de le prescrire que lorsque les mouvements choréiques auront complètement disparu. On pourra également, si on le veut, lui associer le traitement bromuré.

Dans la très grosse majorité des cas, ce traitement donne de bons résultats, et le syndrôme choréique disparaît dans un temps plus ou moins rapproché. Une observation de M. Lepage est concluante à ce sujet : une malade qu'on était obligée de faire manger, soumise à ce traitement, a pu se livrer à des travaux d'aiguille, à la fin de sa gestation.

b) Dans les cas de chorée grave, où les jours de la mère paraissent directement menacés, lorsque la malade est dans un état de mal choréique, doit-on recourir au traitement obstétrical et procéder à l'évacuation immédiate de l'utérus? M. le Professeur Couvelaire a bien voulu nous communiquer une de

ses observations personnelles, que nous lui demandons l'autorisation de résumer ici. Elle est des plus frappantes.

Il s'agissait d'une femme ayant déjà eu une gestation antérieure normale.

Quand elle fut examinée pour la première fois par M. Couvelaire, elle était déjà en état de mal choréique ; mouvements choréiques extrêmement intenses, peau complètement usée au niveau des articulations. La malade présentait, de plus, une éruption cutanée. Elle avait de la fièvre. M. Couvelaire procéda immédiatement à l'interruption de la gestation, par évacuation rapide de l'utérus. Moins de 24 heures après, la femme était morte.

Dans le cas particulier il s'agissait d'une chorée primitive. La malade avait eu des convulsions, du délire, de la température. Il s'agissait d'une encéphalopathie infectieuse.

Tout bien pesé, M. Couvelaire pense qu'en présence d'un cas semblable, ne pouvant être uniquement rattaché à l'intoxication gravidique, les indications de l'avortement provoqué sont discutables. Il pense, que, lorsque la femme est en état de mal choréique, que l'on intervienne ou pas, le résultat est le même. L'accouchement prématuré et l'avortement provoqués ne seraient donc pas indiqués dans ces cas ; ce seraient des interventions inutiles.

c) Restent les cas intermédiaires, ceux dans lesquels les malades, sans être en état de mal choréique,

sont cependant dans un état qui ne laisse pas d'inspirer de sérieuses inquiétudes.

Vaut-il mieux interrompre la gestation ou la laisser évoluer? Ici nous sommes dans l'incertitude.

L'interruption de la gestation a donné de bons résultats, dans 7 cas publiés par Mlle Dobkevitch. Mais dans beaucoup d'autres de ses observations les malades sont mortes.

L'intervention serait, à notre avis, plus indiquée dans les cas de chorée primitive, surtout dans les cas où la cause de cette chorée semble liée à la toxémie gravidique. Mais il ne nous est pas possible de donner sur ce point des directives précises.

## Observations

Nous ne pouvons, à notre grand regret, publier toutes les observations que nous avons recueillies et qui nous ont servi de base, pour la rédaction de notre thèse. Nous nous contentons d'ajouter, à celles déjà intercalées dans le texte, les quelques observations qui vont suivre et qui nous ont semblé intéressantes.

### OBSERVATION I, N° 1304, ANNÉE 1903

*Chorée récidivante au cours de 3 gestations successives*

Femme de 27 ans, en état de gestation pour la 3e fois. Sa mère était choréique et avait eu de la chorée pendant sa grossesse. Elle-même, a eu une hémichorée gauche depuis 3 ans jusqu'à 17 ans, avec accès plus marqués de temps à autre. Elle a eu, à 17 ans, une crise de rhumatisme articulaire aigü ayant duré deux mois. Puis les règles se sont installées à 17 ans ½, d'une façon régulière. A partir de ce moment, les mouvements choréiques cessent pour ne réapparaître qu'à l'occasion des gestations.

1re *gestation*. — Dès le 2e mois, mouvements choréiques très intenses. Accouchement prématuré au 6e mois. Les mouvements disparaissent.

2e *gestation*. — Au début, quelques mouvements lé-

gers. Accouchement prématuré au 8e mois. Pas d'albumine.

3e *gestation.* — Chorée depuis le début de la gestation jusqu'au 5e mois. Puis, disparition complète des mouvements. Avortement au cours du 7e mois. Enfant vivant, du poids de 1.800 gr., ayant succombé quelques jours après. Réapparition de la chorée 10 jours après l'accouchement. La femme n'a jamais été traitée.

---

## OBSERVATION II, N° 641, ANNÉE 1905

*Chorée récidivante, au cours de gestations successives. Albuminurie intense. Hémorragie rétro-placentaire*

Il s'agit d'une jeune femme de 20 ans, II pare. Elle serait née à terme, et a été élevée au sein maternel jusqu'à 13 mois. Aurait eu des convulsions pendant les 4 premières années. Son père vivant est un alcoolique, buvant de l'absinthe même pendant ses repas. Sa mère est vivante. Une tante paternelle est folle. 2 cousins du côté paternel sont idiots. 9 frères et sœurs sont morts en bas âge. Une seule sœur est vivante ; elle-même est la plus jeune de tous les enfants. Elle a marché à 13 mois, et n'a rien présenté d'anormal du côté de son squelette. De 4 à 7 ans, l'enfant se développe normalement et va à l'école. A 7 ans, deux jours après un accident (elle serait tombée dans une fosse d'aisance en réparation à l'école), elle est prise, le matin au réveil, de mouvements convulsifs dans les membres. Inquiète, sa mère la conduit à Bichat, d'où on l'envoie à la Salpétrière. A la Salpétrière, l'enfant est soignée par Charcot, qui porte le diagnostic de chorée, et la fait soigner chez elle par de l'arsenic, du fer, de l'huile de foie de morue, et lui fait donner des douches. Malgré

le traitement, les mouvements choréiques s'accentuent : sa mère est obligée de la porter, de l'habiller, de la faire manger. Elle bégaie d'une façon très marquée, et, au dire de sa mère, il survient même une véritable paralysie de tout le côté droit.

En présence de cette aggravation, l'enfant qui a alors 11 à 12 ans, est admise à la Salpétrière dans le service de Charcot. Pendant qu'elle est à l'hôpital, les premières règles apparaissent, à 13 ans. L'apparition des règles, est suivie d'une amélioration rapide et très marquée des accidents choréiques. Charcot veut la garder dans son service, jusqu'à la guérison définitive, mais les parents la reprennent, très améliorée, 2 mois après l'apparition des règles. Après sa sortie de l'hôpital, l'amélioration continue, et 6 mois après l'établissement des règles, qui sont très régulières, la guérison est complète.

A ce moment, elle a alors 13 ans $\frac{1}{2}$, elle est mise en apprentissage chez une couturière. Elle n'a plus de chorée, mais elle signale une incontinence d'urine, qui persiste jusqu'à 15 ans. A cet âge, l'enfant ressent deux violentes émotions, dues à la vue de sa grand'mère à l'agonie, et au retour inopiné de sa mère partie en Amérique. (Pas de renseignements sur la menstruation à cette époque). Elle est reprise de mouvements choréiques, et va 3 mois, dans le service de Babinski, à la Pitié, où elle est soignée par des douches, du bromure. Des essais de suggestion hypnotique par Cestan doivent être abandonnés, Babinski ayant confirmé le diagnostic de chorée. Elle sort presque guérie et reprend sa vie de couturière, ne conservant plus qu'un léger balancement de la tête. Elle va bien pendant 2 ou 3 ans.

Elle a alors 18 ans, et est demandée en mariage. On consulte Voisin, de la Salpétrière, qui dit qu'on peut peut-être la marier. Quelques semaines après son mariage, à la suite d'une discussion violente, elle est prise d'apha-

sie complète, mais présente peu de mouvements choréiques.

Au bout de 3 mois de mariage, elle devient enceinte. Dès le début de la gestation, les mouvements choréiques reparaissent, et deviennent de plus en plus intenses à mesure que la gestation évolue, au point que la femme ne peut plus marcher, tombe dès qu'elle veut faire un pas, et est obligée de garder le lit. Les mouvements des membres supérieurs sont également très marqués ; la malade ne peut manger, ni se laver.

En même temps, se montrent des œdèmes sur tout le corps : une sage-femme, consultée, constate la présence d'albumine dans les urines et ordonne un régime lacté absolu. L'albumine persiste, et au 6e mois de sa gestation, la malade expulse, chez elle, le 21 février 1904, un produit de conception mort et macéré. Le retour de couches a lieu 6 semaines après ; les mouvements choréiques ne disparaissent que 2 mois après l'accouchement, mais d'une façon incomplète, si bien que la femme doit abandonner sa profession de couturière.

Elle devient de nouveau gravide, et a ses dernières règles du 26 au 28 septembre 1904. Dès le début de cette nouvelle gestation, l'agitation des membres et les secousses de la tête reparaissent, et deviennent de plus en plus marqués, à mesure que la gestation évolue, sans être cependant aussi intenses qu'au cours de la gestation précédente. La femme peut manger et faire sa toilette elle-même. Une sage-femme constate la présence d'albumine dans les urines. Elle vient consulter à Bandelocque, le 10 avril. On lui trouve : fœtus vivant, mobile, albuminurie. On conseille le régime lacté absolu. Le 18 avril, elle revient : gros nuage d'albumine, enfant vivant. La femme entre dans le service, le 26 avril à 22 h. 30, ayant des douleurs, et ayant perdu du sang en abondance. A l'entrée, on constate :

Bouffissure de la face et œdème des paupières. Albumine en grande quantité. 5 gr. au tube d'Esbach. Fond de l'utérus à 28 cm. au-dessus du pubis, tension assez marquée de la paroi utérine, permettant cependant de se rendre compte que le fœtus se présente par l'extrémité céphalique. Col en voie d'effacement, contractions utérines régulières, bruits du cœur non perçus. Pouls 88. M. Sauvage, qui a examiné cette femme, le lendemain matin, constate l'existence de mouvements choréiques des membres supérieurs et des secousses continuelles du cou, avec oscillation de la tête. Il fait donner un lavement purgatif et 4 grammes de chloral.

A 23 heures, expulsion d'un fœtus mort depuis peu. Expulsion du placenta immédiatement après; derrière lui, s'échappent de gros caillots noirs : on en recueille 500 grammes. Poids du fœtus, 800 grammes. Placenta 260 grammes.

La femme sort sur sa demande le 8 juin 1905, ayant encore 75 centig. d'albumine. On lui conseille le régime lacté absolu. Le 4 juillet, l'albumine persiste. Même régime.

Revue le 28 novembre 1905, ayant eu ses D. R. du 11 au 14 juillet, présentant les signes d'une gestation de 4 mois environ. Albumine en quantité considérable.

Expulse chez elle, au cours du 5e mois, un fœtus mort et macéré, le 8 décembre 1905. Pas de chorée. Retour de couches, 6 semaines après.

Elle recommence ensuite une 4e gestation et a ses dernières règles du 8 au 12 février 1906. Le 17 mai 1906, elle présente de nouveaux mouvements choréiques, mais peu intenses. Le 24 mai 1906, elle fait une chute, et le lendemain, elle a de l'aphasie pendant 2 heures $\frac{1}{2}$. Elle n'a pas d'albumine. Le 26 mai, elle présente des mouve-

ments inconscients dans les mains, et d'autres, moins intenses, dans la jambe droite. Rien à la face.

Le 27 mai, à 1 heure, expulsion d'un œuf complet.

---

## OBSERVATION III, N° 866, ANNÉE 1908

*Chorée récidivante*

II pare de 26 ans, sans antécédents héréditaires significatifs, réglée à 9 ans ½, régulièrement, tous les 25 jours. Règles durant 4 jours, peu abondantes.

A l'âge de 15 ans, elle perd une somme d'argent importante, s'en aperçoit et perd connaissance. Elle est prise, quelques jours après, de mouvements désordonnés, portant sur les 4 membres, sur les muscles du visage qui grimace ; la langue articule mal. Le côté droit est plus atteint que le gauche. Elle est soignée pendant 3 ans à l'hôpital Trousseau, et pendant 3 ans, ces phénomènes se produisent constamment avec intensité. Pendant ce temps, les règles diminuent d'abondance au point d'être remplacées par un léger suintement rosé.

Puis les mouvements s'atténuent, mais cependant la femme ne peut encore tenir aucun objet. A 18 ans, les mouvements disparaissent à peu près, les règles reprennent leur aspect du début, et reviennent régulièrement.

*1re gestation* en 1906. Pendant les 2 premiers mois, mouvements choréiques peu accentués, avec maximum d'intensité le soir. Ils s'atténuent au 3e mois, pour disparaître avec l'expulsion d'un produit de conception. R. d. c. 6 semaines après.

*2e gestation.* La femme voit de nouveau ses règles se supprimer, en octobre 1907. Ses D. R. datent du 5 au 8 septembre. Elle est prise aussitôt, tous les soirs, de mou-

vements désordonnés qui durent jusqu'à 3 heures du matin. Ces mouvements cessent à partir du 2e mois. Mais la femme reste impressionnable, rit et pleure facilement, est capricieuse, se met en colère et se déprime pour peu de chose. La sensibilité est un peu diminuée à droite, exagérée à gauche. Réflexes tendineux un peu exagérés. Vers le 15 avril 1908, c'est-à-dire au 7e mois de sa gestation, la femme présente de l'œdème des membres inférieurs, de la céphalée, une douleur épigastrique, quelques éblouissements, des fourmillements dans les jambes.

Elle vient consulter à la clinique Baudelocque, le 27 avril. On constate de l'albumine en grosse quantité dans ses urines. Elle entre au dortoir le 2 mai et est mise au régime ordinaire des albuminuriques. Régime lacté absolu, lavement évacuateur, purgatif drastique. La quantité d'albumine tombe progressivement de 4 grammes à 0 gr. 75, au moment de l'accouchement.

Elle accouche le 20 mai 1908, d'un enfant se présentant par le siège. Enfant araignée du poids de 1950 grammes. Placenta présentant de nombreux foyers hémorragiques, anciens et récents.

---

## OBSERVATION IV

*(Prise dans le service de M. le Professeur Nobécourt à la Maternité. — Dûe à l'obligeance de M. Mathieu, ancien interne de service)*

*Chorée gravidique récidivante*

R... A., 30 ans.

Antécédents héréditaires :

Le père est encore vivant et n'a jamais été malade.

La mère est morte de tuberculose pulmonaire.

Une sœur est bien portante.

Antécédents personnels :

A 7 ans, a eu des rhumatismes, puis une chorée très forte qui a duré un an à peu près et a fini par guérir complètement.

Réglée à 16 ans.

*En 1913, première gestation.* — La chorée récidive. Soignée chez M. Babinski, à la Pitié. Au troisième mois, fait un avortement, délivrance artificielle.

La chorée guérit rapidement après cet avortement.

*En 1915, deuxième gestation.* — Légère chorée, accouchement spontané au sixième mois. Guérison rapide de la chorée, après l'accouchement.

*Une troisième gestation*, survenue à une date que la malade ne peut préciser, n'aurait pas été accompagnée de chorée. Mais un accouchement aurait été provoqué au 10e mois par un médicament (Hypophyse ?) Ces renseignements sont très vagues. L'enfant n'a pas vécu.

*Une quatrième gestation en 1918.* — Sans manifestations choréiques. Accouchement au huitième mois par le siège. L'enfant meurt pendant l'accouchement.

*Une cinquième gestation* est survenue à une date que la malade ne peut indiquer. A été accompagnée par des accidents choréiques. Si bien qu'un avortement a été jugé nécessaire et pratiqué. La malade ne sait pas au bout de combien de mois. La chorée aurait guéri rapidement après cette intervention.

Cependant, la malade prend un service de domestique à la salle de garde de la Salpétrière. Elle y reçoit le surnom familier de « choréo-athétose ».

En effet, elle présente une agitation choréique peu accentuée, qui porte sur le membre supérieur droit et s'accompagne de mouvements de reptation involontaire des doigts.

Elle casse de nombreuses assiettes, fait preuve d'un caractère instable et irritable et finit par être expulsée comme indésirable.

*Une sixième gestation* s'accompagne de nouveau de chorée accentuée.

Les dernières règles datent du 16 décembre 1919.

Le 15 mars, la malade se présente avec une chorée nettement prédominante à droite. Agitation non rythmée, du membre supérieur droit, mouvements involontaires de l'épaule, du bras, de l'avant-bras, des doigts. La face est grimaçante.

Traitement : Bromure de K. Draps humides et obscurité.

Ce traitement ne donne, du reste, aucun résultat. Le drap humide prolongé fait macérer la peau. Le bromure ne calme pas l'agitation.

Au contraire, le 28 mars, les mouvements choréiques désordonnés s'installent au niveau des quatre membres, la face grimace, le tronc exécute des contorsions.

Aucun sommeil n'est possible, malgré une sensation pénible de fatigue. Etat mental anormal avec instabilité d'humeur, rires sans motif, idées de persécution avec tendance à l'accusation.

Il n'y a pas de fièvre.

Le pouls est rapide : à l'auscultation, on compte 108 révolutions cardiaques à la minute.

Sous l'influence des frottements répétés, la peau rougit et menace de s'ulcérer.

L'examen des réflexes est difficile. Les pupilles sont égales et réagissent à la lumière.

Les réflexes tendineux ne peuvent être explorés.

Traitement : on renonce au bromure de K., et on pratique ,avec grande difficulté, des injections de novarsenobenzol intravenieux :

Le 23 avril, 20 centigrammes.

Le 30 avril, 30 centigrammes.

On maintient la malade dans un état de calme relatif par de grosses doses de chloral. 8 grammes le 1er mai, 6 grammes les jours suivants. 4 grammes le 5 mai.

Cette médication procure une amélioration notable, les mouvements diminuent d'intensité, le sommeil devient possible pendant quelques heures, la nuit.

Le 19 mai, le chloral a été descendu à 2 grammes depuis quelques jours. L'agitation reprend avec fureur, accompagnée d'une grande excitation psychique.

Un avortement paraît devenir nécessaire. M. le Professeur Couvelaire, consulté, conseille de ne pas interrompre la gestation.

La malade, atteinte d'une véritable manie de persécution, exige sa sortie de l'hôpital et disparaît pendant plusieurs mois.

Elle revient au mois d'août 1920, dans le service de M. Potocki, toujours dans un état de grande excitation psychique. Elle parle assez facilement, bien que fort gênée par les grimaces et les contorsions. Elle raisonne assez correctement, mais fait preuve d'une véritable obsession de persécution.

Les mouvements choréiques sont généralisés et portent sur la tête, le cou, les membres, le tronc. La face fait des grimaces, la mâchoire s'ouvre et se ferme, la langue avance et recule, un rictus involontaire se produit par intermittences. La tête exécute des mouvements variés de hochements, de négation. Les yeux sont à peu près immobiles, le regard a toute la fixité normale.

Les épaules s'élèvent, s'abaissent, les bras, avant-bras, doigts s'agitent sans aucune cadence régulière, sans but, sans raison.

Sous l'influence de la volonté, ces mouvements s'arrêtent momentanément et la malade peut s'alimenter sans avoir besoin d'aucun secours.

Les membres inférieurs et le tronc sont agités tout comme les membres supérieurs.

Le pouls est à 80.

Les réflexes achilléens sont exagérés.

Le réflexe cutané plantaire est en flexion à droite. A gauche sa recherche est impossible à cause de la mauvaise volonté de la malade.

L'auscultation du cœur ne révèle rien d'anormal, sauf un certain assourdissement du 1er bruit.

Les réactions pupillaires sont normales.

Les divers réflexes tendineux sont difficiles à rechercher.

La force segmentaire recherchée aux quatre membres paraît normale, aussi bien pour l'extension que pour la flexion. Il n'y a pas trace de paralysie. Pas d'atonie musculaire.

L'examen du système cérébelleux est assez malaisé. Les mouvements « doigt sur le nez », « talon sur le genou » sont mal exécutés, sans qu'on puisse invoquer, pour expliquer leur incorrection, une déficience des fonctions cérébelleuses.

Il semble bien que les mouvements qui, au début de la gestation, étaient prédominants à droite, sont devenus plus accentués du côté gauche.

Une ponction lombaire est exécutée malgré les protestations les plus vives. Elle ne réussit à extraire qu'un liquide tellement sanglant que tout examen chimique ou cytologique est impossible.

La réaction de Bordet-Wassermann faite sur le sang a été deux fois négative.

Aucun traitement n'est institué, la malade est laissée à ses propres inititives, on lui donne à manger ce qu'elle

demande. Cette liberté réussit mieux que tout autre procédé. L'agitation psychique se calme un peu.

L'accouchement a lieu au mois de septembre à la Maternité. (Obs. 2524, année 1920).

La gestation avait paru évoluer normalement. L'accouchement a été facile.

La chorée n'a nullement cessé après la délivrance, mais a diminué notablement d'intensité. L'enfant a été hospitalisé aux débiles de la Maternité.

Revue en octobre, la mère était encore en proie à une chorée bien caractérisée, avec grimaces, mouvements prédominants au côté gauche. L'agitation psychique a fait place à un calme relatif. Les sentiments maternels de cette femme paraissent tout à fait louables. Elle a un peu de lait.

Elle quitte la Maternité, toujours choréique et n'a pas été revue depuis.

Note : « Jamais on a constaté de fièvre pendant le séjour de la malade à l'infirmerie ».

---

OBSERVATION V, N° 2101, ANNÉE 1901

*Chorée primitive. Albuminurie*

Il pare de 22 ans, réglée à 13 ans, régulièrement. Fièvre typhoïde à 8 ans. Pas de chorée dans le jeune âge. A sa 1re gestation (elle avait 19 ans), enceinte de 3 mois, elle fut prise de douleurs assez violentes dans le coude droit. Elle mit de la teinture d'iode, ne pouvant se servir du tout de son bras. Elle rapportait ce fait à un coup reçu quelques jours auparavant. Deux jours après, elle fut prise de mouvements choréiformes, limités au côté droit du corps. Elle consulta alors un médecin qui cons-

tata la présence de l'albumine dans les urines et fit entrer la malade à l'hôpital de Montesson. Sous la seule influence du régime lacté, disparition de l'albuminurie et amélioration considérable de la chorée. Elle resta à l'hôpital jusqu'au 6e mois de sa gestation, et reprit son travail pendant 2 mois. Au 8e mois, ayant toujours quelques mouvements choréiformes, elle entra à la Maternité ; on constata un début de travail, et on nota la présence d'albumine dans ses urines. Pendant le travail, reprise des mouvements choréiques, extrêmement violents ; elle accoucha prématurément d'un enfant vivant, pesant 2600 gr., et son syndrôme choréique disparut aussitôt après la délivrance.

Depuis cette époque, elle n'a jamais été reprise de chorée. Pendant sa 2e gestation, albuminurie légère, mais aucune manifestation choréique. Accouchement prématuré au 9e mois, d'un enfant pesant 2600 gr.

---

## OBSERVATION VI, N° 484, ANNÉE 1908

*Chorée primitive*

II pare de 23 ans. Réglée à 13 ans régulièrement. Crises répétées de rhumatisme articulaire aigü à partir de 7 ans, ayant déterminé une cardiopathie. La femme a dû rentrer à plusieurs reprises à l'hôpital pour se faire soigner.

Au cours de sa 1re gestation, en 1905, la femme a vu survenir, pour la première fois, des mouvements choréiques généralisés, ayant duré pendant toute la gestation, et ayant disparu immédiatement après l'accouchement. Accouchement aux environs du terme, dit-elle, d'un en-

fant vivant, élevé au sein pendant 2 mois $\frac{1}{2}$, puis confié à une nourrice mercenaire. Mort à 11 mois.

La femme a vu reparaître ses mouvements choréiques, au cours de sa gestation actuelle, dès la disparition de ses règles, en juillet 1907. Ces mouvements sont localisés, cette fois, à la main droite. Albuminurie légère. En raison de sa lésion cardiaque, on l'engage à vérifier la quantité d'urines émises par 24 heures. Elle varie entre 1000 et 1500 grammes.

Elle accouche, en avril 1908, d'un enfant du sexe masculin pesant 2700 grammes. On note la présence de foyers hémorragiques anciens sur le placenta.

---

### OBSERVATION VII, N° 208, ANNÉE 1910

*Chorée primitive avec albuminurie légère. Mort*

Jeune femme de 21 ans, au cours de sa 3e gestation.

Elle a eu ses premières règles à 9 ans et a été réglée régulièrement jusqu'à son mariage. Elle n'a jamais eu de chorée dans l'enfance. Mariée à 15 ans, elle a commencé presqu'immédiatement une gestation, qui a évolué sans encombre, et qui s'est terminée par un accouchement spontané à terme, d'un enfant vivant, se présentant par le sommet. 2e gestation, à 18 ans, terminée par un accouchement spontané à terme, d'un enfant vivant, se présentant par le sommet.

Ces 2 gestations ont été absolument normales.

Puis, il y a environ deux ans, elle aurait eu, à la suite d'une contrariété (c'est sa mère qui donne les renseignements), une crise nerveuse avec perte de connaissance Elle serait restée, depuis, irritable.

Depuis quatre mois (la femme est à la fin de sa 3e ges-

tation et vient pour accoucher), apparition de phénomènes nerveux permanents, dont l'intensité a augmenté petit à petit à mesure que se poursuivait la gestation, et localisés surtout au côté gauche. Puis, peu à peu, les symptômes se sont aggravés et généralisés : pas de troubles de l'intelligence ni de la mémoire. Elle aurait suivi un traitement bromuré et pris des douches.

A son entrée, agitation constante, mouvements arythmiques désordonnés des membres et de la face. Parole saccadée. Mémoire intacte. Brouillards devant les yeux. On a noté pendant la gestation de l'albumine dans les urines.

On donne à la malade un purgatif drastique : eau-de-vie allemande et on lui administre du chloral.

Nuit très agitée, la femme doit être maintenue dans son lit par quatre personnes.

Le surlendemain, expulsion spontanée d'un enfant vivant de 2.580 grammes.

La femme est si agitée qu'on ne peut lui donner de soins.

Elle prend :

Bromure : 1 gr.

Antipyrine : 2 gr.

Chloral : 4 gr.

Le lendemain de son accouchement, la femme urine et fait sous elle. Les mouvements sont incessants. Même thérapeutique.

Le soir, on est obligé de lui mettre la camisole de force. La nuit du 3e au 4e jour est plus calme. Subdélire.

4e jour, T. 40° brusquement. La veille, la malade avait 36°5. Pouls très fréquent. Subcoma, fuliginosités. Peu d'agitation, la malade gâte.

Le soir : coma absolu : mort avec 40°5.

Autopsie : Cerveau très congestionné, mis dans le liquide de Müller.

Hypophyse : formol 10 %.

Moëlle très congestionnée.

Foie gras : 1620 grammes.

Cœur mou, petit : 260 grammes.

Poumons très congestionnés, gorgés de sang liquide et noir.

Reins très congestionnés, capsules normales.

Rate : 240 grammes.

---

## OBSERVATION VIII

(*Observation personnelle de M. le Professeur Couvelaire*)

*Chorée primitive. — Mort*

Mme L..., 30 ans, II pare.

Antécédents paternels : Père et mère bien portants.

Antécédents collatéraux : Aucun décès. 2 sœurs vivantes, en bonne santé.

Antécédents personnels : Diphtérie à l'âge de 5 ans. Pas de tuberculose ni de syphilis connue. Pas de fausses couches. A fait, en 1915, une gestation qu'elle a menée à terme avec vomissements pendant les 6 premières semaines. Enfant actuellement vivant, bien portant.

Etat actuel : Déprimée moralement et physiquement, amaigrie, anémiée. Commence une seconde gestation en novembre-décembre 1919. Dernières règles 24 novembre 1919. Quelques vomissements muqueux matutinaux, fin décembre. Le 2 janvier, douleurs vagues dans le ventre, relevant de la constipation et cédant rapidement à la suite d'une bonne exonération intestinale. Vers la mi-janvier, les vomissements deviennent plus fréquents et alimentaires. La malade a du dégoût pour les aliments et ne mange plus. Température normale

On prescrit d'obtenir, chaque jour, une évacuation intestinale au moyen de l'entéroclyse et une potion : cocaïne, eau chloroformée. Ces vomissements ont complètement disparu depuis fin janvier et l'alimentation est conservée.

Le 3 février, la malade est prise subitement, dans la nuit, d'une grande agitation. Elle chante dans son lit et déclare ne pouvoir s'en empêcher. Face grimaçante, spasmes musculaires dans les quatre membres. La malade fait des bonds désordonnés dans son lit. Température 38°2. Pouls 78. Une injection hypodermique de 0,01 centigr. de morphine procure une détente de quelques heures, sans sommeil.

Le 4 février, température 38°4, pouls 78. Ni albumine, ni sucre dans les urines. L'agitation est un peu moins vive. Les spasmes ont cessé. Constipation. Ventre ballonné, langue saburrale. Purgation. Diète au bouillon de légumes. Lactobacilline. 3 grammes de bromure. Insomnie persistante.

Du 5 au 9 février, agitation modérée et insomnie. Les spasmes n'ont pas réapparu, sauf en un point très limité de l'hypocondre gauche où l'on remarque des convulsions cloniques et douloureuses des muscles abdominaux, au voisinage de leurs insertions costales, convulsions espacées de 15 secondes environ et sans arrêt. A noter une douleur permanente dans la sphère du médian gauche (avant-bras et 3 premiers doigts) sensibilité cutanée, motricité et réflexes normaux. L'agitation est caractérisée par des mouvements fréquents faits par la malade pour se coucher alternativement sur l'un et l'autre côté, toutes les cinq minutes environ, et pour se remonter dans son lit, comme si ce dernier penchait vers les pieds.

Hallucinations à l'état de veille : la malade réclame un air alsacien qu'on chante aux tout-petits pour leur faire

faire pipi. Elle se met à chantonner, se voit entourée d'une foule de bambins qui veulent tous satisfaire leurs besoins à la fois ; voulant les aider, elle urine elle-même dans son lit et s'en aperçoit. Au cours de cette période : température en plateau entre 38°2 et 38°5. Le pouls reste figé à 78. Langue très sale, ventre météorisé, constipation opiniâtre. Pas de splénomégalie. On continue la diète au bouillon de légumes. Un lavage quotidien d'intestin ramène des matières ovilées, durcies. La malade se plaignant de ne pouvoir expulser de gaz, sonde rectale à demeure, sans résultats. 3 grammes de bromure par jour et 4 gr. de chloral en lavement pour la nuit. Le chloral à cette dose donne 3 petites heures de sommeil. La morphine, qu'on essaie à nouveau, ne donne aucun résultat appréciable tant au point de vue de l'agitation que de l'insomnie.

Le 10 février, devant l'insuccès de ce traitement et l'agitation augmentant, on ordonne un lavement quotidien à l'extrait de bile. On fait prendre par jour 25 gouttes d'adrénaline en 5 prises et 2 cuillerées à café d'extrait de valériane. En outre, on fait chaque jour 250 grammes de sérum glucosé en lavement, au compte-gouttes. On permet des compotes de fruits et du lait hypersucré.

Les jours suivants, 11, 12, 13 ,14, 15, 16 février, les symptômes intestinaux s'amendent, la langue se déterge, la température tombe en lysis à 37°4-37°5 et s'y maintient. Le pouls reste à 78. L'agitation dimninue progressivement, ainsi que les convulsions cloniques de la paroi abdominale au niveau de l'hypochondre gauche. La douleur de l'avant-bras gauche reste la même. La malade repose un peu la nuit.

Le 17 février : température 37°3. Pouls 78. La malade se sent bien, mange une purée, puis une demi-cervelle. Elle se lève une heure dans la journée. Le 18 février,

le mieux s'accentue. Les convulsions de la paroi abdominale ont complètement cessé, mais ont laissé au niveau des insertions costales une douleur persistante qui a empêché la malade de se reposer. L'avant-bras et les 3 premiers doigts gauches sont toujours aussi sensibles. L'agitation est nulle.

Le 19 février, température normale. Pouls 72. La malade, dont l'état général s'améliore rapidement, demande qu'on la soulage de sa douleur costale. L'auscultation du poumon et de la plèvre ne révèle rien d'anormal. Une injection « loco dolenti » de cocaïne-antipyrine procure un soulagement définitif.

Le 20 février, température 37°4. Pouls 78. On cesse l'adrénaline et le sérum glucosé. Journée calme, nuit moins bonne, insomnie.

Le 21 février, température 37°5. Pouls 78. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

L'agitation revient. la malade se retourne fréquemment dans son lit, se plaint de son avant-bras gauche et réclame du sommeil. On prescrit 3 gr. de bromure *pro die* et une purgation.

Le 22 février, température 37°4. Pouls 78. L'agitation augmente. La malade se plaint et ne peut arriver à dormir. Elle s'assied fréquemment dans son lit avec des mouvements rapides de flexion et de déflexion des cuisses sur le bassin. Par suite du frottement répété des draps du lit, les genoux rougissent et on y remarque de très fines excoriations épidermiques, comme si on avait râpé les téguments. Il en est de même sur les coudes. On continue le bromure ; on reprend le sérum glucosé et le chloral (4 grammes en lavement), on obtient ainsi 3 heures de sommeil calme. Urines 1.200 gr. par 24 heures. Pas d'albumine.

Les 23, 24, 25 février, température 37°4 et 37°5. Pouls 84. L'agitation est extrême. La malade n'arrête pas de

remuer dans son lit jour et nuit. On continue le bromure et le chloral. Comme le sérum glucosé n'est pas conservé en lavements, on en fait 250 grammes sous la peau.

Le 26 février, même agitation. La température monte à 39°2, à la suite de l'injection de sérum. Le pouls est à 108. Le soir, température 38. Pouls 90. On donne 2 lavements de 4 grammes de chloral et on fait 0 gr. 02 de morphine en 2 fois.

Le 27 février, l'agitation est à son paroxysme. Température 37°5. Pouls 112. On décide d'évacuer l'utérus. On fait une ampoule de Sédol et on donne 2 lavements de chloral. On enveloppe dans de l'ouate les coudes et les genoux.

Le 28 février, la malade est maintenue sous l'influence du chloral et on procède à la dilatation du canal cervical utérin au moyen de laminaires. Température 39. Pouls 118.

Le 29 février, température 38. Pouls 116. On fait l'avortement. Dilatation à la bougie de Hégar, décollement de l'œuf avec le doigt, extraction à la pince, du délivre, puis du fœtus en plusieurs morceaux. Tamponnement de la cavité utérine à la gaze. Intervention pratiquée par M. le Professeur Couvelaire, sous anesthésie au chloroforme, de 11 heures à 11 h. 30.

La malade se réveille dans l'après-midi. L'agitation reprend.

Le 1er mars, on maintient la malade sous l'influence du chloral. Mort à 17 heures.

## OBSERVATION IX

### *Chorée primitive. — Mort*

*Résumé d'une observation que nous devons à M. le Professeur Pierre Marie, et à M. Boutlier, chef de clinique, et qui sera publiée ultérieurement.*

Mme V..., 21 ans, entre dans le service du Professeur Marie, le 9 mars 1920. Ses antécédents ne révèlent aucun fait pathologique bien important. Elle n'a jamais eu de chorée. Elle est sujette aux bronchites, mais n'a pas eu la grippe. Elle a toujours été nerveuse et facilement excitable.

Mariée le 6 décembre 1919, elle a vu bientôt survenir des troubles de sa fonction menstruelle. Ses règles, en effet, ne sont pas apparues le 10 février 1920, comme elle les attendait, et la malade serait restée 45 jours, sans voir ses règles. Celles-ci, pourtant, seraient réapparues au début de mars ???

Le début de la maladie remonte à janvier 1920. A cette époque, la malade aurait présenté quelques troubles, serait devenue plus nerveuse, répétant souvent les mêmes choses.

Vers le 15 février, elle s'aperçut à l'usine où elle travaillait, que son petit doigt de la main droite, tournait involontairement. Rapidement, les phénomènes s'accentuèrent, si bien qu'en huit jours, les membres supérieur et inférieur droit, furent pris de mouvements fréquents et involontaires. Elle interrompit son travail le 22 février 1920 ; à cette époque, elle n'avait aucun mouvement involontaire pendant le sommeil. Elle fit venir et consulta un médecin qui fit le diagnostic de chorée.

A partir de la fin de février 1920, les mouvements se sont accentués, au point que toutes les parties de son

corps sont prises à la fois. Elle ne présente, cependant, aucun symptôme choréique pendant le sommeil. Elle n'a pas de fièvre, et a toute sa connaissance.

Elle vient alors, le 9 mars, dans le service du Professeur Marie, dans un état d'agitation extrême. Son corps tout entier est secoué par des mouvements choréiques involontaires. Il est absolument impossible de lui faire une ponction lombaire.

Le 10 mars, l'agitation augmente encore ; elle est continue, sans pose, sans répit. Cependant la malade n'est pas confuse et répond aux questions qu'on lui pose, dans la mesure de ses moyens. C'est ainsi qu'elle répond au médecin qui lui demande si elle veut revoir son mari : « J'ai toujours le temps de le voir, j'aime mieux avoir autour de moi, des gens comme vous, pour me soigner ». Les réflexes tendineux sont abolis.

Le 11 mars, même état. La malade est toujours très agitée.

Le 11 mars, à 21 h. 30, agitaion colossale, paroxysmes. A ces phénomènes, s'ajoutent peut-être quelques troubles hallucinatoires, constatés par un psychiâtre. Etat anxieux, diffus, pantophobique. Malgré tout, elle répond aux questions.

La langue est rôtie, le pouls imperceptible.

Le 11 mars, à 23 h. 15, la malade semble un peu moins agitée. A 23 h. 45, décès.

*Autopsie.* — *Utérus* gravide de 2 mois environ. Coupes de l'embryon, conservées au laboratoire du Professeur Marie.

*Cerveau.* — *Macroscopiquement*, congestion générale.

*Microscopiquement*, lésions vasculaires et périvasculaires très intenses, surtout au niveau du mésocéphale. Foyer d'infiltration lymphocytaire ; neuronophagie.

## Conclusions

1° Le syndrôme choréique apparaît, le plus souvent, dans le sexe féminin.

a) Dans l'enfance, chez la petite fille, avant et pendant la puberté.

b) Chez l'adulte, chez la femme, et alors c'est pendant la gestation.

Il y a donc une relation étiologique indiscutable entre le syndrôme choréique et la fonction génitale chez la femme.

2° Le syndrôme choréique est déterminé : soit par une localisation mésencéphalique d'une infection ; soit, peut être, par l'action de poisons, et, en particulier, par les poisons, qui, pendant la gestation, sont susceptibles de déterminer l'ensemble des manifestations pathologiques, groupées sous le nom de toxémie gravidique.

Il est, à cet égard, digne d'être noté, que sur 38 cas observés pendant la gestation, l'intoxication gravidique s'est manifestée 9 fois, par la présence d'albumine dans les urines.

3° Le syndrôme choréique apparaît, chez les femmes gravides, dans deux conditions différentes.

a) Chez des femmes ayant eu autrefois de la chorée : *chorée récidivante.*

b) Chez des femmes n'ayant jamais eu de chorée : *chorée primitive.*

Les chorées primitives sont plus rares que les récidivantes.

4° Le pronostic maternel, en cas de chorée primitive, doit toujours être réservé. Les cas mortels, d'ailleurs rares, relèvent presque tous de cette catégorie.

Le pronostic fœtal est mauvais, en raison du gros déchet dû à l'avortement et à l'accouchement prématuré (plus de 50 % de morts). Il y a peut-être lieu de faire intervenir, dans ces cas, l'hérédité syphilitique.

5° Le traitement varie suivant les cas.

Le plus souvent, dans les cas légers, le repos, le régime lacté, le chloral, donnent de bons résultats.

Il n'est pas irrationnel de tenter le traitement par les arsenicaux.

En cas de chorée grave, l'interruption artificielle de la gestation, pratiquée chez des femmes en état de mal choréique, avec fièvre et troubles psychiques, n'a jamais donné de bons résultats. L'indication de l'avortement et de l'accouchement prématuré provoqué, dans les formes moyennes, ne peut se baser sur des faits réellement démonstratifs.

*Vu, Le Doyen,* ROGER.

*Vu, le Professeur Président,* COUVELAIRE

*Vu et permis d'imprimer :*
*Le Recteur de l'Académie de Paris,*
APPELL.

## Bibliographie


Bué. — De la chorée gravidique. — *Presse méd.*, 1894 ; *Arch. de tocol. et gynéc.*, 1895, page 47.

Comby. — Les origines de la chorée de Sydenham. — *Arch. Méd. des Enfants*, Paris, 1915.

Couvelaire. — Gestation et chorée. — *Progrès Médical, Revue des Cliniques*, 18 décembre 1920, page 555.

Delage. — De la chorée gravidique. — Thèse, Paris, 1898.

Dobkevitch. — Chorée grave et grossesse. — Thèse, Paris, 1912-13.

Gentin. — La chorée dans ses rapports avec la menstruation et la puerpéralité. — Thèse, Paris, 1898-99, n° 394.

Gilles de la Tourette. — *Semaine Médicale*, 1899, page 305.

Hutinel. — Chorée et syphilis héréditaire. — *Bull. Méd.* Paris, 1918, XXXII, p. 495.

Lepage. — De la mort des choréiques pendant la grossesse. — *Annales de gynéc. et d'obst.*, 1913, p. 458, et *Bulletin Soc. obst. et gyn. de Paris*, séance du 14 avril 1913, page 326.

Levaditi et Harvier. — Etude expérimentale de l'encéphalite, dite léthargique. — *Annales Institut Pasteur*, déc. 1920.

Marie et Mlle Lévy. — Le syndrôme excito-moteur de l'encéphalite épidémique. Ses principales manifestations. Chorée rythmée. — *Revue neurol.*, juin 1920.

Marie et Tetriakoff. — *Revue neurol.*, 1920.

Pinard. — A propos de la communication de M. Lepage, « sur un cas de chorée gravidique ». — *Bull. de la Soc. d'obst. et gynéc. de Paris*, séance du 19 mai 1913, page 430.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Précis d'obstétrique, 1914, page 577.

Riche. — De la chorée gravidique. — Thèse, Paris, 1891.

Roustan. — Nature syphilitique de la chorée. — Thèse, Paris, 1913-14.

Tarnier et Budin. — Traité de l'art des accouchements, tome II, page 161.

Triboulet. — Du rôle possible de l'infection en chorée. Essai de pathogénie. — Thèse, Paris, 1893.